FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° 704

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GEAHCHAN Jules Dominique

né le 17 juillet 1925

au Caire (EGYPTE)

Présentée et soutenue publiquement le 1962.

REFLEXION SUR LA PERSONNALITE PRE-MORBIDE DE L'ALCOOLIQUE : LA DISPOSITION DEPRESSIVE COMME FACTEUR D'APPETENCE POUR L'ALCOOL.

Président : M. JOANNON, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T EN M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

GEAHCHAN Jules Dominique

né le 17 juillet 1925

au Caire (EGYPTE)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

REFLEXION SUR LA PERSONNALITE PRE-MORBIDE DE L'ALCOOLIQUE : LA DISPOSITION DEPRESSIVE COMME FACTEUR D'APPETENCE POUR L'ALCOOL.

Président : M. JOANNON, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T), Aubin (A), Bénard (H), Bulliard (H), Cadenat (F), Chabrol (E), Champy (C), Debré (R), Fey (B), Gastinel (P), Halphen (E), Hazard (R), Heuyer (G), Lantuejoul (P), Laroche (G), Lévy-Solal (E), Lian (C), Mathieu (P), Mocquot (P), Mondor (H), Monod (R), Moreau (R), Moulonguet (P), Olivier (E), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J), Richet (C), Senèque (J), Strohl (A), Tanon (L).

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2° ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I.- PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.F.) (SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT(P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N.••
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GAILLARD (H.)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.) (BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	(DOGNON (A.) (DJOURNO(A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	N.••
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Clinique chirurgicale (Beaujon)	LORTAT-JACOB (J.L)
Clinique chirurgicale (Cochin)	LEGER (L.)
Clinique chirurgicale (Hôtel Dieu)	PATEL (J.)
Clinique chirurgicale (Pitié)	CORDIER (G.)
Clinique chirurgicale (Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
Clinique chirurgicale (Salpêtrière)	SICARD (A.)
Clinique chirurgicale (Tenon)	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants malades)	FEVRE
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphalie (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales (Cochin)	BROUET (G.)
Cliniques médicales (Hôtel Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Cliniques médicales (Pitié)	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales (Saint-Antoine)	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié	DAVID (M.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538127_0020

	MM.
Clinique neurologique (Salpétrière)	GARCIN (R.)
Clinique obstétricale (Baudeloque	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (Y)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de stomatologie (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.) (LHERMITTE (F.) (PEQUIGNOT (H.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)	Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Anatomie-pathologique	GAUTHIER-VILLARS Melle P. pr.s.ch. (ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch. m.conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie Parasitologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.) (GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J.) (CERBONNET (G.) CHATELIN (C.L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)		
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J.Ch.) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)		(Cl.de GAUDART-d'Allaines (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LEVEQUE (B.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		
	(CABROL (C.)		
	(CHUILLAUD (C.)	Orthopédie	
	(GILLOT (C.)		
	(OLIVIER (O.)		
	GAUTHIER-VILLARS Mme P.		
	pr.s.ch.	Oto-rhino-	
	(ABELANET (R.)	Laryngologie	
	(BUSSER (F.)		
	(CHOMETTE (G.)	Parasitologie	
	GOUYGOU (Ch. m.conf.		
	(MEZELOFF (Ch.)		
	(ORCEL (L.)		
	(PAILLAS (J.)		
	(KERN (E.)		
	(VOURCH (G.)		
		Pathologie	
	(BARBIER (P.)	chirurgicale	
	(CHRISTOL (D.)		
	(LE MINOR (L.)		
	(TOURNIER (P.)		
	(BAULIEU Et.m.conf.		
	(BOURILLON (R.)		
	(CARTIER (P.)		
	(DREYFUS (J.Ch.)		
	(GONNARD (P.)		
	(KRUH (J.)		
	(JEROME (H.)		

	MM.		
	(JUDET (R.)		
	(MEARY (R.)		
	(POSTEL (M.)		
	(RAMADIER (J.)		
	(DEBAIN (J.)		
	(PIALOUX (P.)		
	(GOLVAN (Y.)		
	(LAPIERRE (J.)		
	(BARCAT (J.)		
	(RINET (J.P.)		
	(CAUCHOIX (J.)		
	(CERBONNET (G.)		
	CHATELIN (C.L.)		
	(DUBOST (Ch.)		
	(DUBOST (Cl.)		
	(FAUREL (J.)		
	(PLASSEAU (F.)		
	(GARBAY (M.)		
	(GARNIER (H.)		
	(Cl.de GAILHART-d'Allaines		
	(GERMAIN (A.)		
	(LATASTE (J.)		
	(LEVEQUE (B.)		
	(LOYGUE (J.)		
	(MERCADIER (M.)		

	MM.		
	(GARCIN (R.)		
	(LACOMME (R.)		
	(MERCIER (R.)		
	(VANAROOT (J.)		
	(BERNARD (G.)		
	(AUBRY (Y)		
	(LESCURE (M.)		
	(MARIE (J.)		
	(BERNARD (E.)		
	(MICHAUX (L.)		
	(COSTE (F.)		
	(DECHAUME (M.)		
	(ROUX (M.)		
	(LEMAIRE (A.)		
	(GAULTIER (M.)		
	(PADOVANI (P.)		
	(DONART (A.)		
	(POILLEUX (F.)		
	(COUVELAIRE (R.)		
	(TURPIN (R.)		
	(ROUX (H.)		
	(LHERMITTE (F.)		
	(PERRUCHOT (H.)		

	MM.		MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS	Pathologie chirurgicale	(NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Carcinologie	(BOIRON (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)	Pathologie exotique	Schneider (J.)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)		(BENHAMOU (J.P.) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD		(CROSNIER (J.)
	(BESSIS (M.)	Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)		(LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (MIKOL (Cl.) (RICHET (G.)
Histologie	(COUJARD (R.)pr.s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)		(AUSSANNAIRE (M.)
Hydrologie	(BESANCON (F.) (CORNET (A.)		(BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.)
Hygiène	(BOYER J. pr.s.ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE (H.)		(BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CATINAT (J.) (CHRETIEN (J.) (COBLENTZ (B.) (CONTAMIN (F.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)		(COURY (C.)
Médecine Légale	(DEROBERT (L.) pr.s.ch. (FOURNIER (E.)	Pathologie Médicale	(ETIENNE (J.P.) (FREZAL (J.) (FRITEL (D.)
	(GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)		(HENNEQUET (A.) (HIMBERT (J.) (HOUSSET (E.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		(LAROCHE (Cl.)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B.)		(LESOBRE (R.)
	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.)		(MACREZ (C.) (MOREAU (L.) (NICK (J.) (ROYER (P.)
Obstétrique	(MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M. (SENEZE (J.) (SUREAU (C.)		(TOURNEUR (R.) (WOLFROMM (R.)
	(THOYER-ROZAT (J.)	Pédiatrie-Puériculture	(JOSEPH (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	(BARRES (G.) (DEJOURS (P.) (DURAND (J.) (GIRARD m.conf. (JUGELIN (A.) (SCHERRER (J.) (CHANTEUR (J.)	Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (LAPRESLE (J.)
		Rhumatologie	DELBARRE (F.)
		Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT Mme A. m.c.agr. (GRELLET (M.)
Physique médicale	(GOUGEROT (L.)m.conf. pr.s.ch. (GREMY (F.) m.conf. (MILHAUD (G.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.Cl.) (TUBIANA (M.)m.conf.	Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.)	Urologie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.) (AMELINE (A.) pr.s.ch. (VERNE (J.M.)	Clinique oto-rhino laryngologique	MADURO (R.)
Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

(BOLTANSKI (E.)
(LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

A Monsieur le Professeur C. JOANNON

Professeur de la chaire d'Hygiène et de Médecine préventive

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse

En témoignage de respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur L. LOUVET

Ancien interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris,
Médecin Chef de l'Hôpital de Saint-Cloud

qui nous a accordé toute facilité pour
travailler dans son service.

En témoignage de sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur R.M. HAAS

Ancien Interne des Hôpitaux psychiatriques
Médecin de l'Hôpital de Saint-Cloud

qui nous a intéressé au problème de l'alcoolisme et nous a guidé dans notre travail.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur P. FOUQUET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques (Versailles)

qui a bien voulu s'intéresser à notre
travail et nous aider de son expérience.

Nous voulons le remercier de son accueil et de ses suggestions.

L'étude psychopathologique du phénomène "Alcoolisme" s'est orientée depuis un demi-siècle vers des perspectives nouvelles : "L'état de la personnalité antérieure à l'Alcoolisme, les conditions et mécanismes d'apparition, de développement et de persistance de cette appétence pathologique, enfin sa signification vont davantage retenir l'attention des Auteurs que ses conséquences ultimes". (1) A côté de la notion de "Psychose Alcoolique" s'est progressivement constituée celle de "Névrose Alcoolique" impliquant l'idée, commune à toutes les Névroses Toxicophiliques, d'une organisation névrotique de la personnalité.

Notre travail est une réflexion sur cette personnalité prémorbide de l'Alcoolique, tendant à montrer l'incidence de la disposition dépressive et le recours à l'alcool comme à un anti-dépresseur. Son intérêt est d'orienter l'approche du malade par le Médecin et le maniement d'une relation psychothérapique qui s'avère toujours nécessaire et donne son sens aux divers moyens thérapeutiques dont le Médecin dispose.

Après avoir rappelé les principaux travaux sur lesquels nous nous sommes appuyés, nous exposerons le matériel clinique qu'il nous a été donné d'observer et les réflexions que la thérapeutique communément admise nous inspire.

o

o o

Dans le domaine étendu des conceptions psychopathologiques concernant l'Alcoolisme, des directives majeures ont été tracées, qui paraissent suivies par la majorité des Auteurs. Nous les rappelons ici parceque nous en avons essentiellement tenu compte et qu'elles précisent par ailleurs les limites de notre réflexion.

Nous les formulerons en trois points :

1° - Des facteurs étio-pathogéniques divers concourrent simultanément à l'établissement d'une conduite Alcoolique : facteurs génétiques, psychiques, psycho-sociaux, neuro-biologiques. Cette pluralité de facteurs, leurs incidences réciproques, leur importance respective, ont conduit à dissocier le groupe hétérogène de cette pseudo-entité nosographique que constitue l'Alcoolisme.

2° - Cette hétérogénéïté du groupe des Alcooliques n'est pas réductible au concept unifié d'une personnalité pré-alcoolique spécifique. Du seul point de vue psychique qui nous occupe ici, il faut classiquement distinguer les Alcooliques à implication psychiatrique proprement dite : schizophrènes, mélancoliques, épileptiques, dipsomanes ou psychopathes, de la masse de ces malades à personnalité dite "paranormale", qui fréquentent essentiellement les dispensaires ou les services de médecine générale. C'est à ce dernier groupe d'Alcooliques que nous nous sommes attachés.

3° - "L'ingestion d'alcool, pris à la manière d'une drogue, ne représente qu'un symptôme de l'organisation névrotique, en même temps qu'une tentative malheureuse de guérison" (FOUQUET) (1). Cette organisation névrotique de la personnalité semble rendre compte de l'appétence pour le toxique. Notre travail tend à définir la disposition dépressive comme un des éléments de cette organisation morbide.

Le recours pathologique à une drogue comme défense contre des affects dépressifs, est noté par divers Auteurs qui ont étudié soit les conduites toxicophiliques, soit les états dépressifs.

.../

S. RADO (2) met l'accent, après FREUD, sur les facteurs de névrose orale dans l'Alcoolisme, et sur les rapports entre toxicomanie en général et dépression. Il soutient qu'une dépression "intense" constitue le fondement du besoin d'absorber des drogues.

E. GLOVER (3) écrit "qu'Alcoolisme et Toxicomanies sont, dans le sens régressif, plus profondes que les névroses obsessionnelles, mais constituent par ailleurs une défense contre les réactions psychotiques de type dépressif ou paranoïaque".

H. ROSENFELD (4) dans son étude psychanalytique de la toxicomanie, trouve une "étroite connexion entre cette maladie et les états maniaco-dépressifs, mais non point d'identité... Le Moi du toxicomane est faible, n'a pas la force de supporter la souffrance d'une dépression et a facilement recours à des mécanismes maniaques; mais la réaction maniaque ne peut se réaliser qu'à l'aide des drogues, parce que sa production nécessite une certaine force du Moi... La drogue symbolise un objet idéal qui peut être ainsi introjectée de façon concrète... L'effet de la drogue est utilisé comme un moyen physique artificiel pour produire l'hallucination, de la même manière que le petit enfant se sert de ses doigts ou de son pouce pour halluciner le sein idéal. Ainsi, la drogue favorise la suppression de tout objet ou situation frustratoire ou persécuteur".

Corrélativement à ces études sur les névroses toxicophiliques et leurs rapports avec la dépression, certains travaux sur les états dépressifs notent le recours pathologique au toxique, dont l'alcool, comme à un anti-dépresseur.

BYCHOWSKI (5) étudie les dépressions latentes et chroniques. Il écrit : "Dans les dépressions latentes, le fond dépressif est recouvert par des façades protectrices qui ne laissent apparaître qu'occasionnel-

.../

lement la structure du Moi inconscient... Certaines formes de toxicomanie constituent une (autre) manifestation clinique de la dépression latente. Ici, les effets de la drogue servent à dissimuler le fond dépressif d'une personnalité. L'hostilité primitive non liquidée y éclate. Chez ces malades, la privation de la drogue peut révèler non seulement le fond dépressif, mais aussi une tendance à la projection paranoïaque".

NACHT et RACAMIER (6) dans une étude analytique des "états dépressifs" énumèrent les principales défenses contre-dépressives qu' utilisent les déprimés. Ils décrivent, à côté de la manie, de l' inhibition et de l'obsessionnalisation, ce qu'ils appellent la "récupération affective orale":"Plus importants sont les procèdés de récupération affective orale auxquels (comme l'a bien montré MALLET) recourent la plupart des déprimés pour lutter à la fois contre des affects dépressifs et contre l'angoisse dépressivante. Ces procèdés ont toujours, comme l'avait montré RADO, un style toxicomaniaque et un caractère d'addiction... Le toxique récupérateur et apaisant peut être un vrai toxique et il est bien connu que nombre d'addictions procèdent d'un état dépressif latent qu'elles recouvrent. Au premier rang de ces toxiques viennent les boissons alcoolisées, les opiacés, les barbituriques et enfin les tranquilisants qui sont souvent pris en association avec les amines psychotoniques; il semble bien que l'évolution actuelle de la pathologie et de la chimiothérapie nous fasse assister à une conversion de large envergure des dépressions en addictions médicamenteuses.... Que la "ration" d'objet fasse défaut, et le malade se trouve plongé dans une angoisse dépressive qui peut être suicidaire."

Ainsi une conduite alcoolique et plus généralement toxicophilique, parait en étroite corrélation avec une personnalité organisée sur un mode dépressif. C'est aussi ce que tendent à montrer nos observations personnelles.

.../

Ces observations portent d'abord sur un groupe d'Alcooliques traités dans un service de Médecine Générale. L'observation plus détaillée d'un cas clinique apportera une confirmation comme à posteriori de l'incidence dépressive chez ces malades. Enfin, des considérations d'ordre thérapeutique viendront étayer notre réflexion.

+

+ +

I. OBSERVATIONS CLINIQUES

A) - Alcooliques traités dans un Service de Médecine Générale

Il s'agit de malades admis à l'Hôpital de Saint-Cloud pour une cure de désintoxication alcoolique, dans le cadre d'un Service de Médecine Générale. C'est là une caractéristique qui nous sert à les définir. Il ne s'agit pas d'Alcooliques à expression psychiatrique proprement dite, mais de personnalités dites "paranormales" au sujet desquelles on parle communément d'Alcoolisme d'entrainement, de facilité et d'habitude. Plus précisément, ils appartiennent à l'un des deux principaux groupes que FOUQUET (1) a différencié dans son étude sur les Névroses Alcooliques :

- le groupe des "Alcoolites", dans lequel le facteur psychique est faible, le facteur de tolérance élevé, le facteur toxique très marqué, avec troubles neuro-humoraux ;
- le groupe des "Alcooloses" dans lequel le facteur psychique est dominant, le facteur de tolérance moyen, le facteur toxique moyen.

On pourrait respectivement rapprocher ces deux groupes de ceux décrits par Charles DURAND (7) dans son étude sur les Névroses toxicomaniaques : celles de type impulsif et celles de type compulsif.

Cette distinction n'a pas qu'un intérêt théorique. Elle est déterminante quant à l'attitude thérapeutique à adopter.

.../

Dans les Névroses de type impulsif, l'impulsion à boire est syntone du Moi, acceptée par lui. Le goût chez ces malades pour les boissons alcoolisées, est ressenti comme le sont des impulsions instinctuelles normales. A la limite, il s'agit d'une perversion vraie. Il y a là un obstacle majeur à l'approche thérapeutique. La psychothérapie, dans ce cas, ne peut être que "directive et rationnelle". Il faut une pression extrinsèque importante pour amener ces malades à se soigner; le pronostic est réservé.

Dans les Névroses de type compulsif, l'impulsion à boire n'est pas totalement acceptée par le Moi. Il existe un désaccord, une culpabilité entrainant, lutte, honte, dégoût. A la limite, il s'agit d'une Névrose caractérisée. La psychothérapie peut s'appuyer sur le Moi pour désinvestir les valeurs affectives impliquées dans l'alcool, tenter de revaloriser le sujet lui-même et lui faire découvrir des objets plus adéquats.

Qu'ils appartiennent à l'un ou l'autre des deux groupes ainsi définis, les malades que nous avons en vue offrent à l'observation, un certain nombre de caractéristiques communes :

- Dans les salles ou les chambres de ce Service de Médecine Générale où ils sont répartis, ils voisinent aussi bien avec un diabètique, qu'un hypertendu ou un psoriasique. Ils sont soumis au même règlement hospitalier et s'y adaptent sans difficulté particulière. Certains, admis d'urgence pour un état de confusion ou de délirium avèré sont d'abord isolés, puis intègrés dans les salles communes où ils se mêlent facilement aux autres malades.

- Beaucoup sont entrés dans le Service parce qu'ils étaient menacés de licenciement ou venaient d'être licenciés. Ils semblent appartenir surtout au groupe des "Alcoolites".

.../

- D'autres sont envoyés par le conjoint, le médecin traitant ou un ami. Plus coopérants, plus conscients de leur "maladie", ils se classent dans le groupe des "Alcooloses".

- Les signes cliniques sont banaux, du type habituel :

Troubles de l'état général avec asthénie, parfois amaigrissement ;

Troubles digestifs à type de gastrite, pituite, anorexie élective pour les graisses, ou globale,

Troubles neuro-psychiques constants :
insomnie, cauchemard; crampes, tremblements, céphalées; parfois, signes de début de polynévrite ou de névrite rétro-bulbaire; troubles de l'affectivité et du caractère; enfin : irritabilité, jalousie, renforcement des tendances égoïstes, diminution du sens des responsabilités. Des conflits familiaux souvent aigus en résultent.

Ces troubles psychiques semblent reposer finalement sur un fond commun d'anxiété. Caractéristiques d'une intoxication massive ou prolongée, ils apparaissent dans beaucoup de cas comme l'amplification de troubles antérieurs à l'effet toxique de l'alcool.

Chez beaucoup de ces malades, le renforcement des tendances égoïstes va de pair avec l'irritabilité et la diminution du sens des responsabilités. Il y a là comme une tendance de base qui fait de ces sujets des individus plus tournés vers leurs besoins narcissiques,qu' orientés vers un système d'échange valable avec autrui.

Il ne supportent pas la frustration, ni le délai dans l'assouvissement. Ils sont avides dans leurs besoins et deviennent vite agressifs à l'égard de celui qui les frustre ou qui vient à leur manquer. Ces traits de névrose orale se complètent par une dépendance et une polarisation excessive, particulièrement vis à vis du conjoint.

.../

Ainsi s'explique le choix significatif d'une épouse hyper-maternelle ou agressive, et s'explique aussi le caractère si fréquemment jaloux de l'alcoolique lui-même.

Immaturité affective, constitution anxieuse, personnalité dépressive ? Toutes ces appellations sont valables, selon la symptomatologie dominante, mais il semble qu'elles recouvrent, en fait, une même position systématique dans l'existence, basée sur l'angoisse d'un manque.

A cet égard, il nous a paru instructif de lire avec attention l'autobiographie écrite par chacun de ces malades, sur la demande du Médecin Chef de service.

Dans le courant de la cure, le malade reçoit chaque matin, une lettre polycopiée où lui sont expliquées sa maladie, le déroulement de la cure, les divers traitements qui lui seront donnés, les conditions de sa guérison. Ces lettres sont la "parole" du Médecin, sa "présence" auprès de chaque malade. En retour, le malade parle à son médecin, il lui écrit son histoire.

Il ne nous importait pas de discuter de la véracité des faits rapportés dans ces autobiographies. Certes ces faits sont souvent déformés, des prétextes justificateurs sont souvent invoqués; il y a des omissions, des erreurs ; il y a surtout dans ces récits une subjectivité prévalente, celle même finalement que nous cherchions à saisir : comprendre comment chaque malade vivait son alcoolisme, se situait par rapport à lui.

Un fait domine : la référence à une frustration ressentie comme insupportable par le Sujet. La situation la plus fréquemment invoquée est celle de la perte d'amour :

" Elle me trompa... Ayant découvert ce jeu, il y eu dans le ménage des disputes et je me mis à boire"

.../

" J'ai commencé à boire après avoir quitté ma première femme et ensuite entrainé par les camarades, déprimé, celà a continué; lorsque je me suis remarié, j'espèrais arranger tout cela, mais j'ai rencontré de plus en plus de difficulté."

Un grand nombre de malades semblent ne garder de leur vie que le souvenir d'une existence solitaire, très tôt exposée à des frustrations importantes. La pauvreté, les difficultés d'ordre matériel sont rarement évoquées. Par contre, le défaut de tendresse et de sécurité dans un foyer familial disloqué, les séparations, la solitude, sont souvent invoqués :

" Nous n'arrivions pas à nous endormir, ma soeur et moi, ayant peur des disputes qu'il allait encore y avoir entre mon père et ma mère. Ma mère souvent, était forcée de venir dormir dans notre chambre et mon père finissait par s'endormir dans la cuisine ou la salle à manger après avoir cassé verres et assiettes.... je ne sortais pas beaucoup pour ne pas laisser ma mère toute seule, j'avais un caractère enfermé et assez timide. Lorsque je rentrais à la maison, j'étais toujours inquiet en me demandant s'il n'y avait pas eu de dispute à la maison".

" Trois choses dans mon cas. De l'âge de 2 ans jusqu'à 25 ans, toujours tout seul. Solitaire, je préfère la solitude.
Deuxième. Algérie copain tué
Troisième. Fille perdue fiançaille."

" (Au café) les tournées s'amoncelaient, et comme je voulais me sentir un homme comme les copains, je buvais comme eux.... je rentrais à l'asile (Centre Départemental de Nanterre) parfois dans un état déplorable, mais comme je n'avais plus rien à perdre, cela ne me faisait rien".

.../

" Je me suis senti d'un seul coup dégoûté de tout, de ma femme, de mes enfants et même de ma vie, ayant de temps à autre quelques sursauts de bon sens et celà recommençait par la suite. Je voyais bien que je me suicidais petit à petit, mais je n'avais plus aucune réaction".

La réaction suicidaire est possible, et l'on connaît le travail que G. DAUMEZON a consacré au suicide des alcooliques. Mais tout aussi significative est l'adhésion, parfois naïvement enthousiaste, parfois éperdue comme un appel, au médecin et à son traitement :

" c'est la 6ème cure, mais c'est la dernière, car Docteur, votre traitement est vraiment eficace ".

" j'ai l'honneur de vous envoyez ces quelques lignes pour envoyez comme convenue de mes nouvelles. je suis bien arriver seulement avec quelques ennuyes et ça ne vas pas dutout d'abord au foyer il ne savait rien et heureusement le gérant a bien voulu me prendre. Ce matin nous avons été à l'hôpital est il n'y a pas de place, je ne sais pas quoi faire je ne sais plus quoi faire

Ecrivez au foyez "vie libre" en vous la seule choses à faire

M'engager, la seul chose

je termine en vous envoyant mes sincères salutations

Votre ami

.... "

Hypersensibilité à la frustration, fond commun d'anxiété, fixation à un procèdé de récupération affective orale, témoignent ainsi de la disposition dépressive de ces alcooliques.

.../

La relation plus suivie d'un cas clinique va nous permettre de trouver comme une confirmation a posteriori de l'incidence dépressive chez ces malades.

Nous devons l'observation de ce cas à l'obligeance du Docteur P. FOUQUET.

+

+ +

B) - UN CAS DE " RECHUTE SANS ALCOOL "

Monsieur V... 58 ans, Commis d'Entrepreneurs, marié, quatre enfants.

1) - Motif d'hospitalisation (14 novembre 1958).

Depuis six mois, sa femme, son fils ainé le poussent à se soigner. Il est devenu irritable, surtout dans le travail, avec les ouvriers. Il dort mal, fait des cauchemards, se réveille souvent vers deux heures du matin. Il manque d'appétit. Il se sent "abruti".

Il a commencé à boire depuis trois ou quatre ans : à table, un demi-litre de vin à chaque repas, et un à trois "demis" en dehors. Actuellement, il boit surtout de la bière : dix à douze cannettes dans la journée. Il fume deux paquets de cigarettes par jour.

Il est anxieux, pessimiste. Il ne conduit pas, il appréhende de monter sur les toits.

.../

2) - Anamnèse.

Né en 1900, il est le cinquième enfant d'une famille de huit. Il sait avoir été mis en nourrice pendant un an. Il aurait eu une enfance chétive. Sa mère, décédée en 1927, était "sévère mais juste" ; son père, mort en 1934, "bon vivant, très pris par ses affaires", ne s'occupait pas beaucoup de ses enfants. A 14 ans, en vacances loin de sa famille, il s'en trouve séparé par l'occupation allemande, jusqu'à l'Armistice. Il retrouve les siens. Il en est éloigné à nouveau par deux ans de service militaire au cours desquels, il n'a qu'une seule permission. A son retour, ses parents cèdent leur "commerce" (couverture plomberie) à ses deux frères aînés et à lui-même. Il se marie en 1928. Il a un premier fils en 1931, un second en 1937. En 1941, il a deux jumeaux, un garçon et une fille. La mort de ses deux frères aînés, en 1942 et 1945, le laisse à la tête de l'entreprise familiale.

C'est en 1945, qu'il situe le début de ses excès de boisson. Il allègue des soucis de travail, des ennuis avec les ouvriers, la difficulté à trouver de la main-d'oeuvre.

En 1956, un essai de traitement par l'Espéral tient trois à quatre mois. Le 14 Novembre 1958, il accepte l'hospitalisation et la cure de désintoxication.

3) - Evolution.

Le 13 décembre 1958, la cure prend fin. Le malade repart chez lui, un peu excité et même véhément. Son traitement comporte 1/2 comprimé de T T D et un comprimé d'Orténal.

En mars 1959, l'abstinence se maintient, l'activité est bonne, mais le sommeil est troublé, et un fond d'anxiété réapparait.

.../

II.- CONSIDERATIONS D'ORDRE THERAPEUTIQUE

A) - La relation du patient avec le Médecin.

Soigner un alcoolique, c'est l'amener à renoncer à l'alcool. Ce renoncement à un objet aussi massivement investi est une perte dramatique et peut par lui-même provoquer la réaction dépressive. C'est dire le refus ou l'appréhension du patient, ainsi que la difficulté pour le Médecin à nouer une relation de transfert et à la maintenir. Il nous semble finalement, à quelque moment de son histoire que l'on considère l'Alcoolique, qu'il se présente au Médecin sinon comme un déprimé, du moins comme un patient exposé à la dépression.

La cure de désintoxication alcoolique, dans la diversité de ses actions, parait justement répondre aux besoins fondamentaux de l'Alcoolique ; peut-être est-ce là une des raisons du progrès considérable que sa mise au point a réalisé dans le traitement de l'alcoolisme. C'est ce que nous voudrions montrer pour terminer.

B) - La cure de désintoxication alcoolique.

On sait son intérêt, ses modalités, son extension possible et souhaitable dans des Services de Médecine Générale.

Un aspect nous intéresse ici : la signification que tous les Auteurs s'accordent à donner à cette cure pratiquée en milieu hospitalier.

.../

- Isolement du milieu familial et professionnel :

Le malade est soustrait aux circonstances devenues traumatiques de sa vie quotidienne. Le cercle vicieux de ses conflits familiaux et professionnels est rompu. Les agressions multipliées d'un milieu qu'il a contribué à lui devenir hostile, ne peuvent plus l'atteindre et il n'a plus à y répondre. Il vit une trêve bienfaisante et il n'a plus lieu de se mutiler lui-même. Autour de lui, d'autres malades sont là, pour d'autres maladies, et qui apprennent à l'accueillir comme le fait toute l'équipe médicale.

- Soins hospitaliers :

Dès son arrivée, il se voit l'objet de soins attentifs, où le rétablissement d'un équilibre nutritionnel perturbé tient une place importante. On le nourrit. Les examens cliniques, biologiques et radiologiques témoignent de l'intérêt qu'on lui porte et aident à le revaloriser.

- Traitements biologiques :

Des tranquillisants, tel l'Equanil, voire même des neuroleptiques, lui sont systématiquement donnés et apaisent son appréhension. L'Apomorphine elle-même ne va pas seulement provoquer ses vomissements, mais contribuera aussi à calmer son anxiété.

- Relations avec le Médecin :

Des entretiens répétés avec le Médecin, au cours desquels sont examinés les problèmes qui lui sont personnels, avec leurs implications familiales et professionnelles, tendent à le revaloriser et à lui faciliter les solutions concrètes sans lesquelles toute réadaptation est illusoire. Les lettres polycopiées qu'il reçoit chaque matin, lui font connaître sa maladie et les conditions de sa guérison.

.../

A ces lettres de son Médecin, il répond en lui faisant le récit de son existence. Ainsi le dialogue est suscité, entretenu. Il se poursuivra même après la cure.

- La post-cure.

Elle prolonge l'action médico-sociale amorcée. Elle maintient le contact avec l'équipe soignante, et suit l'Ancien Buveur dans sa réadaptation.

Ainsi, par ses diverses modalités, la cure de désintoxication prend valeur de psychothérapie conjuguant le soutien sur tous les plans : biologique, psychologique et social.

+

+ +

C O N C L U S I O N S

Il s'agit d'une réflexion sur la personnalité pré-morbide de l'Alcoolique, tendant à montrer l'incidence de la disposition dépressive et le recours à l'alcool comme à un anti-dépresseur.

Cette réflexion a tenu compte des données suivantes :

1°- La pluralité des facteurs étio-pathogéniques de l'alcoolisme.

2°- L'hétérogénéïté du groupe des Alcooliques ne peut être ramenée au concept unifié d'une personnalité pré-alcoolique spécifique.

3°- "L'ingestion d'alcool pris à la manière d'une drogue ne représente qu'un symptôme de l'organisation névrotique, en même temps qu'une tentative malheureuse de guérison" (FOUQUET).

4°- Le recours pathologique à une drogue comme défense contre des affects dépressifs est noté par divers auteurs qui ont étudié :

- soit les conduites toxicophiliques (RADO, GLOVER, ROSENFELD),
- soit les états dépressifs (BYCHOWSKI, NACHT, RACAMIER).

Notre étude a porté sur un matériel clinique défini :

1° - Un groupe d'Alcooliques, défini par le fait qu'il s'agit de malades admis pour une cure de désintoxication dans un service de Médecine Générale. Il ne s'agit donc pas d'Alcooliques à expression psychiatrique proprement dite : épileptiques, mélancoliques, schizophrènes ou autres, mais de personnalités dites "paranormales", au sujet desquelles on parle communément "d'alcoolisme d'entrainement".

.../

L'étude du curriculum vitae, écrit par chacun d'eux sur la demande du Médecin Chef de Service, nous a montré l'hypersensibilité à la frustration chez ces malades, la disposition anxieuse et dépressive, et l'utilisation de la "drogue" alcool comme anti-dépresseur.

2° - L'analyse plus détaillée d'un cas clinique nous a donné une confirmation comme a posteriori de l'incidence dépressive chez ces malades. Il s'agit d'un alcoolique dont la cure de désintoxication s'était déroulée de façon satisfaisante, mais qui présenta par la suite un état dépressif typique nécessitant un traitement par le Tofranil. Cette "rechute sans alcool" mettait ainsi en évidence l'importance du procèdé de récupération affective orale auquel le malade avait recours pour se maintenir hors de la dépression.

3° - Des considérations d'ordre thérapeutique enfin, sont venues étayer notre réflexion :

a) La relation du patient avec le médecin :

Se faire traiter signifie devoir renoncer à l'alcool. Ce renoncement à un objet aussi massivement investi est une perte dramatique et peut, par lui-même provoquer la réaction dépressive.

b) La cure de désintoxication alcoolique :

Nous intéresse ici la signification que tous les auteurs s'accordent à donner à cette cure pratiquée en milieu hospitalier :

- l'isolement du milieu familial et professionnel,
- les soins hospitaliers attentifs,
- l'apomorphine, les tranquillisants, voire les neuroleptiques,
- les entretiens répétés avec le médecin,

donnent à cette cure valeur de psychothérapie conjuguant le soutien sur tous les plans : biologique, psychologique et social.

.../

Ainsi, tenant compte :

1° - des données acquises sur les névroses toxicophiliques,

2° - des observations cliniques rapportées ici et des considérations d'ordre thérapeutique venues les étayer,

nous formulons que :

- s'il n'existe pas de personnalité pré-alcoolique proprement dite, expliquant le recours pathologique à l'alcool,

- s'il semble par contre qu'une organisation névrotique de la personnalité rende compte de l'appétence pour le toxique,

la disposition dépressive apparait comme un des éléments de cette organisation morbide.

Vu : Le Président de Thèse

Professeur JOANNON

Vu : le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

(1) - P. FOUQUET — "Névroses Alcooliques" -Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie. 1955.

(2) - S. RADO — La psychanalyse de la pharmacothymie (toxicomanie) - Psycho-Anal. quart. 1933, 2, 1.

(3) - E. GLOVER — Technique de la Psychanalyse. Presses Universitaires 1958.

(4) - H. ROSENFELD — De la Toxicomanie. Communication au XXI° Congrès International de Psychanalyse - Copenhague, 1959.

(5) - BYCHOWSKI — Structure des Dépressions Chroniques et latentes. -Communication au XXI° Congrès International de Psychanalyse - Copenhague, 1959.

(6) - S. NACHT et P.S. RACAMIER — Les états dépressifs : étude psychanalytique - Communication au XXI° Congrès International de Psychanalyse - Copenhague, 1959.

(7) - C. DURAND — Toxicomanies. -Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie. 1955.

(8) - P. FOUQUET et J. CLAVREUL — Une thérapeutique de l'alcoolisme. Presses Universitaires 1956.

(9) - J.C. THOCQUENNE — Technique et Résultats des Cures de désintoxication alcoolique dans un Service de Médecine Générale. Thèse Faculté. Paris 1958.

(10) - EVOLUTION PSYCHIATRIQUE — Symposium sur les Etats dépressifs 1955 - Fascicule III.

BIBLIOGRAPHIE

(1) - P. FOUCUET

(2) - S. RADO

(3) - E. CLOVER

(4) - H. ROSENFELD

(5) - BYCHOWSKI

(6) - S. NACHT et P.C. RACAMIER

(7) - C. DURAND

(8) - P. FOUCUET et J. CLAVREUL

(9) - J.C. THOCOUENNE

(10) - EVOLUTION PSYCHIATRIQUE